

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 61

DE LA

Polynévrite Syphilitique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE ESTÈVE

né le 14 Avril 1892, à Maury (Pyrénées-Orientales)

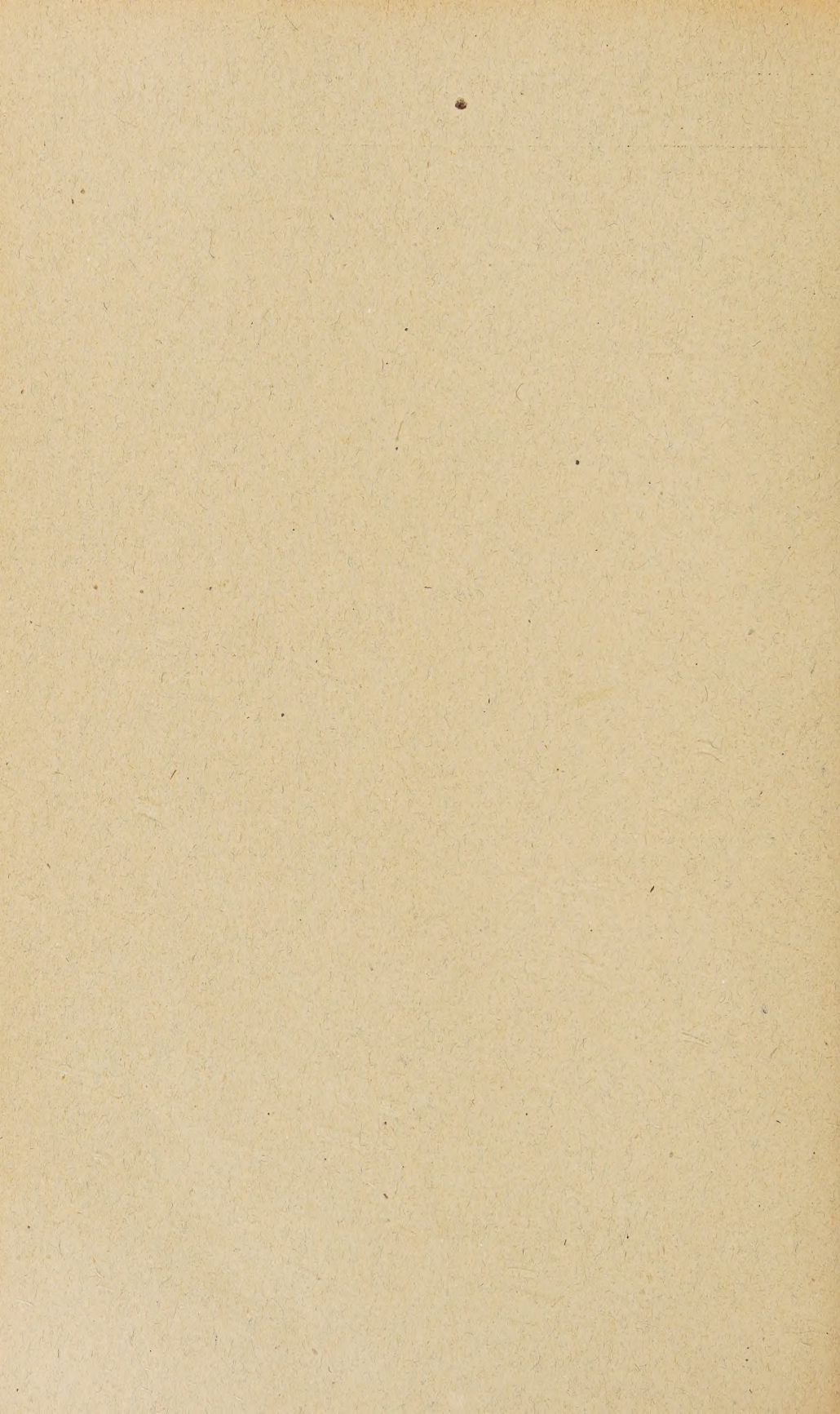


LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1920



De la Polynévrite Syphilitique

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	TIXIER
Cliniques chirurgicales	BERARD
	FABRE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique	WEILL
Clinique des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes.....	LANNOIS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	ROCHET
Clinique des maladies des voies urinaires.....	NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	HUGOUNENQ
Chimie biologique	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	MOREAU
Matière médicale et Botanique.....	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LATARJET
Anatomie	POLICARD
Anatomie générale et Histologie.....	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie interne	MOURIQUAND
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	PAVIOT
Anatomie pathologique	VILLARD
Médecine opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée.....	ETIENNE MARTIN
Médecine légale.....	COURMONT (P.)
Hygiène	PIC
Thérapeutique	FLORENCE
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER...

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PIC, Président ; M. COURMONT, Assesseur ;
MM. PIERY et ROUBIER, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 61

DE LA

Polynévrite Syphilitique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE ESTÈVE

né le 14 Avril 1892, à Maury (Pyrénées-Orientales)



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE REGRETTÉE

A MON PÈRE

A MA TANTE

A MES DEUX FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN, L'ASPIRANT PAUL POUS

Tombé au Champ d'Honneur

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE, M. LE PROFESSEUR PIC

*Professeur de Thérapeutique
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait et l'assurons de notre respectueuse reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR BOUCHUT

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a inspiré ce sujet et nous a si aimablement accueilli dans son service. Nous lui exprimons notre gratitude et le prions d'accepter nos remerciements les plus sincères.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE TOULOUSE, DE LA FACULTÉ DE LYON,
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

La syphilis atteint très souvent les centres nerveux, cependant les nerfs périphériques ne sont pas toujours épargnés. Il arrive que les deux systèmes, central et périphérique, sont touchés simultanément; mais la syphilis détermine aussi des lésions isolées du système périphérique.

Ces névrites localisées semblent résulter le plus souvent d'une cause extrinsèque, manifestation syphilitique de voisinage — exostose, hyperostose, plaque de méningite — agissant par compression ou irritation. Assez souvent l'atteinte du nerf est directe, limitée, et se traduit par de l'inflammation ou l'apparition d'une gomme. Dans ces derniers cas, un seul nerf peut être lésé; mais si les lésions se développent sur plusieurs troncs nerveux, nous assistons à l'éclosion de névrites multiples, plutôt qu'à la constitution d'une polynévrite véritable.

Dans d'autres cas enfin, la syphilis, agissant à la façon d'une infection ou d'une intoxication générale, produit sur le système périphérique des lésions ayant comme caractères: la multiplicité et la symétrie. Le syndrome polynévrite est alors réalisé.

Cette forme à évolution subaiguë constitue une rareté. La rareté de cette complication d'une maladie si fréquente a fait mettre son existence en doute. Les observations publiées sous ce titre sont peu nombreuses, les cas probants fort restreints.

L'observation que nous rapportons ici, due à l'obligeance de M. le Docteur Bouchut, nous paraît très démonstrative.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les cliniciens ont depuis longtemps indiqué que la syphilis créait des troubles nerveux sur les nerfs périphériques; cependant l'histoire de la polynévrite syphilitique est de fraîche date. L'observation la plus ancienne est celle de Rodet; elle date de 1859.

La polynévrite syphilitique n'est pas encore réellement classique. Il suffit pour s'en convaincre de passer en revue les divers ouvrages et traités classiques les plus récents.

Quelques-uns citent d'une manière superficielle la syphilis dans la liste des nombreuses affections pouvant provoquer des polynévrites. Les ouvrages qui veulent préciser davantage font de nombreuses réserves sur l'existence de ce syndrome ou bien le nient. D'autres enfin observent à son égard le plus complet silence.

Parcourons les traités des maladies nerveuses. En Allemagne, on cite simplement la polynévrite syphili-

tique ou bien on la nie. En France, même scepticisme. M. Lamy dit: « Nous ne connaissons point d'exemples incontestables de polynévrites syphilitiques. » M. Raymond se montre aussi peu affirmatif: « Nous ne connaissons encore que très imparfaitement les polynévrites mercurielles et syphilitiques, si tant est qu'elles existent. » Et plus loin: « Tout compte fait, les données cliniques et anatomo-pathologiques sur lesquelles on peut étayer l'existence d'une polynévrite syphilitique n'existent encore qu'à l'état rudimentaire. »

M. Babinski ajoute: « La syphilis semble pouvoir être incriminée dans quelques cas. »

Dans l'ouvrage tout récent de MM. Cestan-Verger, la syphilis est citée parmi les nombreuses causes toxico-infectieuses pouvant créer la polynévrite syphilitique. Leredde, dans son dernier traité, écrit simplement cette phrase: « Quelques auteurs admettent l'existence d'une polynévrite syphilitique. »

Les monographies sur la syphilis du système nerveux n'apportent que peu de renseignements. Le livre de M. Gaucher ne dit rien à son sujet.

Voyons les traités de syphiligraphie. Taylor, en Angleterre, mentionne ce syndrome. En Allemagne, Lesser donne quelques indications seulement. Par contre, en France, nous trouvons dans le traité de M. Fournier, une description complète de cette polynévrite. Le livre de M. Berdal contient lui aussi un court résumé.

Passons en revue publications et périodiques. Les renseignements sur la question sont peu nombreux, mais ils sont importants.

D'abord la monographie de M. Cestan. Tous les do-

cuments relatifs à la question forment un travail d'ensemble qui est publié dans la Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. L'auteur insiste sur la diversité du tableau présenté par les observations de polynévrite syphilitique.

« Inutile de répéter, dit Fournier, que la qualité d'un trouble nerveux dépend non de la nature de la lésion qui le provoque, mais de sa localisation. » Il montre ensuite la complexité pathogénique du problème et comment des auteurs ont pu nier cette forme, attribuant ces manifestations, soit à des lésions hépatiques ou rénales, soit à l'intoxication mercurielle thérapeutique ou alcoolique.

En Allemagne, nous trouvons la monographie fort intéressante de Steinert.

L'article de MM. Bonnet et Laurent, paru dans les Annales de Syphiligraphie et de Dermatologie, est très complet et très instructif.

Nous trouvons ensuite deux autres articles, l'un de M. Demanche, l'autre de M. J. Ménard. Une seule thèse, celle de Laurens.

Les observations de polynévrites syphilitiques ne sont pas nombreuses, et parmi elles il faut en rejeter plusieurs. Certaines ne se rapportent pas à proprement parler à des polynévrites véritables (gommès des nerfs, compressions par exostose, etc.), d'autres sont discutables, soit à cause de leur étiologie complexe, ou bien la syphilis semble douteuse, parce que passée inaperçue ou remontant à une date trop éloignée.

Cependant, en éliminant ces observations, nous nous trouvons en présence de cas nets, que nous considérons

comme probants. Il en existe en tout une vingtaine. Nous en relevons cinq que nous reproduisons dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

FORDYCE (*J. inte. and venear. Disease*, 1891).

X... 40 ans. Au moment de l'apparition de syphilides, apparition d'une paraplégie avec engourdissement des extrémités; masses musculaires douloureuses à la pression; abolition des reflexes rotuliens. R. D. atrophie musculaire; intégrité des sphincters.

Traitement mixte; guérison au bout de quatre mois.

OBSERVATION II

SPILLMANN et ETIENNE (*Société Derm. et Syph.*, 1896).

Jeune homme de 22 ans, de bonne santé individuelle, sans antécédents d'alcoolisme et de saturnisme.

Syphilis contractée il y a dix mois. On constate à ce moment, 28 novembre, (sans parler de divers accidents spécifiques tels que roséole de retour, alopecie, plaques muqueuses) des symptômes nerveux des plus accentués consistant en ceci :

1^o *Troubles de la motilité.* Impossibilité absolue de marcher. Phénomènes paralytiques prédominant aux extrémités. Il en est de même aux membres supérieurs où la force musculaire, assez bien conservée aux bras et aux avant-bras, est presque

abolie au niveau des poignets. Au lit, impossibilité de s'asseoir sans le secours des bras. Sphincters indemnes.

2° *Sensibilité* au toucher et à la piqure presque abolie au niveau du pied et de la jambe du côté droit. Aucune douleur spontanée, mais muscles et nerfs douloureux à la pression.

3° *Amyotrophie* très accentuée au niveau des membres, des muscles intercostaux.

4° *Reflexes rotuliens* abolis.

Traitement spécifique; amélioration rapide d'abord, puis progressive; restauration complète en trois mois et demi.

OBSERVATION III

BONNET et LAURENT (*Annales de syphiligraphie et de Dermatologie*, 1910).

Homme de 27 ans. Alcoolisme chronique; chancre en 1904.

En 1907, perforation de la voûte, mastoïdite, paralysie du bras droit et du releveur de la paupière.

En avril 1909, apparition simultanée d'une éruption abondante de syphilides ulcéro-croûteuses et d'une névrite des quatre membres; aggravation progressive de celle-ci; guérison rapide et complète par le traitement mercuriel.

A l'entrée, le malade présente des accidents cutanés et des troubles nerveux. Il attire l'attention sur l'état de ses jambes et les trouve sans force. S'il se met debout, elles sont agitées de tremblements fibrillaires et puis fléchissent. La marche est impossible sans un solide appui. Pour les membres supérieurs au repos, vague sensation d'engourdissement, mais pas de souffrance. La force musculaire est très diminuée et c'est à peine si le malade résiste à l'extension et à la flexion.

Les réflexes rotuliens sont diminués, les réflexes plantaires abolis. L'exploration de la sensibilité donne les résultats suivants: jambes et pieds, anesthésie complète; au-dessus du genou, simplement hypoesthésie; à la racine de la cuisse, sensibilité normale.

Aux membres supérieurs, le malade se plaint aussi de faiblesse et bien que la diminution de la force musculaire soit moins notable qu'aux membres inférieurs, elle est encore très consi-

dérable. Les troubles de la sensibilité sont les mêmes qu'aux membres inférieurs.

Pas de tremblements fibrillaires. Les troncs nerveux sont peu douloureux à la pression. Le Romberg ne peut être cherché, la station debout étant impossible. Il n'y a pas d'incoordination des membres supérieurs et inférieurs.

Pas d'Argyll-Robertson. L'exploration de la colonne est négative; léger, tremblement de la langue et des doigts, mais n'ayant pas le caractère du tremblement fibrillaire.

Le caractère du malade n'a pas changé.

Malgré l'alcoolisme, on pense à une polynévrite syphilitique.

Le traitement mercuriel est institué et le 7 juillet, c'est-à-dire au bout de quarante jours, le malade est complètement guéri.

OBSERVATION IV

DEMANCHE et MÉNARD (*Presse Médicale*, 1911).

Homme 46 ans, tailleur, non alcoolique.

En novembre 1908, chancre syphilitique du fourreau, ensuite accidents secondaires bénins, roséole.

Traitement huile grise; deux séries de six injections de 7 centigr., avec repos intercalaire de six semaines. Tolérance parfaite. Dans le cours de la deuxième série d'injections, et sans qu'il y ait le moindre signe d'hydrargyrisme, le malade fut pris de douleurs généralisées qui nécessitèrent son entrée à l'hôpital. Guérison complète en un mois.

4 juillet : apparition progressive d'une diplégie faciale à type périphérique, s'accompagnant d'une asthénie intense sans troubles des réflexes et de troubles psychiques affectant le type de la psychose de Korsakoff; agitation verbale nocturne, avec obnubilation et perte de la mémoire des faits récents.

Les troubles sensitifs restent minimes.

Ponction lombaire négative. Traitement : frictions et iode.

19 juillet : Persistance des troubles psychiques; régression de la diplégie faciale, mais apparition progressive d'une paraplégie bientôt complète, puis abolition des réflexes tendineux.

24 juillet : La diplégie faciale a disparu, mais la paraplégie

reste complète, avec flaccidité et impotence fonctionnelle absolue. Les membres supérieurs se paralysent à leur tour.

Aucun trouble électrique ni trophique.

27 juillet : Persistance des paralysies. La déglutition est un peu gênée, les troubles psychiques restent stationnaires.

2 août : Ascension brusque de la température avec apparition d'une congestion pulmonaire en foyer. Même état nerveux.

5 août : Mort, dans la nuit. L'autopsie ne put être faite.

OBSERVATION V

(Service du docteur BOUCHUT, salle Saint-Pierre, Lit n° 7, Hôpital Saint-Pothin.)

Homme âgé de 28 ans, cultivateur.

16 mars 1920 : Entre à l'hôpital pour des troubles de la marche. — Antécédents personnels se réduisant à une pleurésie sèche et oreillons compliqués d'orchite gauche. Pas d'éthylisme. Blessé de guerre, réformé en 1915 pour ankylose partielle de l'articulation du coude droit.

Syphilis en 1917. Il y a eu, en plus du chancre, une série d'accidents secondaires qu'il traita par des pilules et des sirops.

Début de l'affection actuelle. — L'affection actuelle a débuté, il y a environ un mois, par des troubles nerveux, qui s'installèrent assez vite et furent précédés pendant quelques jours de sensations de fourmillements dans les mains et dans les pieds. Ces sensations ont persisté par la suite, en même temps que se développaient des troubles de la marche, des troubles de la motilité et de la force musculaire. Jamais de douleurs vives.

Examen du malade. — A l'entrée, il présente les signes énumérés ci-dessus, c'est-à-dire :

1° Abolition de tous les réflexes tendineux aux membres supérieurs et inférieurs : achilléens, rotuliens, radiaux, olé-craniens;

2° Persistance des réflexes cutanés plantaires et abdominaux;

3° Troubles légers de la marche; le malade sent mal le sol (sensation de tapis); il talonne légèrement mais ne lance

pas les jambes et ne dévie pas de la ligne droite. Le demi-tour brusque, est parfois, non toujours, suivi d'une légère oscillation. La station debout les yeux fermés est possible, mais à cloche-pieds, elle devient impossible.

4° Pas d'ataxie des membres inférieurs. Aux membres supérieurs, légère hésitation au moment où l'index doit atteindre le nez;

5° Diminution de la force musculaire très nette, surtout appréciable au niveau des mains, où les mouvements de flexion et d'extension s'accomplissent avec très peu de force.

Aux membres inférieurs, la force musculaire est simplement un peu diminuée, notamment dans les groupes antérieur et postérieur de la jambe gauche;

6° Pas de troubles de la sensibilité objective explorée à tous les modes. Pas de troubles non plus de la sensibilité subjective, sauf les fourmillements accusés aux extrémités des mains et des pieds. Pas d'astéréognosie;

7° Douleurs à la pression des masses musculaires des membres inférieurs et sur le trajet des troncs nerveux;

8° Pas de troubles oculaires;

9° Pas de troubles des sphincters.

En présence de ces symptômes, le diagnostic de polyévrésie syphilitique à forme pseudo-tabétique est porté. On élimine le tabes pour les raisons suivantes : syphilis trop récente, absence de signes oculaires, abolition généralisée des réflexes tendineux, troubles moteurs et sensitifs prédominant aux extrémités, surtout aux mains; et enfin début assez brusque et évolution rapide des accidents.

19 mars : Ponction lombaire; pas de lymphocytose.

On commence le traitement spécifique. — Injection intra-veineuse de novarsenobenzol Billon, 0 gr. 15.

20 mars : Wassermann négatif.

26 mars : Injection de néosalvarsan, 0 gr. 30.

30 mars : Amélioration rapide. La force musculaire augmente dans les membres supérieurs et inférieurs. Le malade qui arrivait à 10 au dynamomètre, avec la main gauche, arrive maintenant à 30. Il marche beaucoup mieux et notamment monte les escaliers facilement.

Du 1^{er} au 13 avril inclus, trois injections nouvelles de 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75 de novarsénobenzol.

14 avril : Le malade va de mieux en mieux. Les troubles moteurs ont disparu, la force musculaire est normale, mais tous les réflexes tendineux des quatre membres restent abolis. Les réflexes cutanés sont toujours normaux.

Le 19, 0 gr. 90 et le 26, 1 gr. 05 de néosalvarsan.

30 avril : Tous les troubles moteurs et sensitifs constatés à l'entrée ont disparu. Pour la première fois, on décèle aujourd'hui, à droite et à gauche, une ébauche des réflexes rotuliens. On obtient le même résultat pour les réflexes radiaux et le réflexe bicipital.

2 mai : Injection de 1 gr. 20.

3 mai : Le malade sort complètement guéri.

5 juin : Le malade revu aujourd'hui est en parfaite santé. Tous les réflexes sont revenus à l'état normal.

Aucun trouble sensitif ni moteur.

CHAPITRE III

EXISTENCE DE LA POLYNÉVRITE

Autant les autres complications nerveuses de la syphilis sont connues et fréquentes, autant la polynévrite syphilitique est rare et peu classique. Les documents précis relatifs à la question sont en nombre restreint; les observations indiscutables groupées sous ce titre se réduisent à une vingtaine, en tenant compte que bon nombre d'autres sont plus ou moins discutables ou même doivent être rejetées.

Cette pauvreté en documents et observations explique, sans toutefois le justifier, le scepticisme professé par les auteurs à l'égard de la polynévrite syphilitique.

L'argument étiologique, en effet, manque absolument et l'existence même de la polynévrite est discutée.

Dans nos observations, le diagnostic de polynévrite ne peut être mis en doute. La question de l'étiologie reste seule à prouver. Il n'y a pas, en effet, de symptômes pathognomoniques de la nature syphilitique de cette polynévrite. Aussi a-t-on naturellement cherché, à son défaut, les symptômes du maximum de probabilités.

On a cru successivement les trouver:

Dans la prédominance nocturne des douleurs; dans l'apparition de ce syndrome à une époque jeune de la maladie; dans sa coexistence avec une poussée d'autres accidents spécifiques; dans l'action du traitement anti-syphilitique.

En réalité, aucun de ces arguments n'a une valeur décisive. Les douleurs sont inconstantes tout comme leur caractère nocturne. L'épreuve thérapeutique constitue, d'après certains auteurs, la véritable « pierre de touche » du diagnostic; pour d'autres, elle est sans valeur.

Cependant, lorsque la guérison s'établit rapidement et complètement après le traitement anti-syphilitique, la nature syphilitique de la polynévrite semble bien être démontrée. A ce point de vue, l'observation de M. Bouchut est tout à fait concluante.

Dans le cas maintenant où le traitement n'a aucune action heureuse ou même est suivi d'aggravations manifestes, faut-il en conclure que la polynévrite n'est pas syphilitique?

Pour notre part, disent MM. Bonnet et Laurent, nous sommes portés à croire qu'il s'agissait bien de polynévrites syphilitiques, du moins dans la majorité des cas, mais cela n'est qu'une impression et non une démonstration. L'insuccès du traitement est loin d'avoir une valeur absolue. »

Il est bien certain que s'il n'existait que de pareilles observations, l'existence de la polynévrite syphilitique ne pourrait guère être prouvée.

La coexistence d'autres accidents spécifiques et l'ap-

parition de la polynévrite à une époque jeune de la maladie ne valent pour le diagnostic que comme éléments de probabilité, mais cependant rendent la polynévrite très vraisemblable.

Durant les premiers mois, la syphilis est éminemment infectieuse; il y a en même temps concordance dans l'apparition des manifestations cutanées et névritiques, ce qui est bien fait pour prouver la nature spécifique de ceux-ci.

« Les névrites et polynévrites syphilitiques sont des accidents de l'époque secondaire, période si prodigieusement féconde en accidents nerveux de tout ordre », et plus loin Fournier ajoute encore: « L'existence de ces polynévrites paraît irrécusable et cela de par certains symptômes qui, se produisant à une étape jeune de la maladie, semblent ne pouvoir être imputés qu'à un état morbide des cordons nerveux indépendamment des centres. »

Si la polynévrite survient à une époque plus reculée, il est à remarquer que souvent elle coexiste avec d'autres accidents spécifiques, comme si la syphilis avait, pour ainsi dire, gardé une grande virulence et produit des accidents cutanés ayant le caractère d'une infection secondaire.

Au sujet de ces polynévrites tardives, il faut cependant faire de nombreuses réserves. Elles sont encore plus que celles de l'époque secondaire sujettes à caution, car on conçoit très bien les difficultés que doit présenter l'identification d'une pareille polynévrite à une si longue échéance de l'accident primitif. Elles

pourraient cependant exister, puisque la névrite tertiaire existe bien.

La plupart des auteurs insistent sur l'absence de toute autre cause dans les antécédents du malade, comme pouvant expliquer l'apparition de la polynévrite. C'est là, il nous semble, le meilleur argument étiologique.

Si le malade est à la fois syphilitique et intoxiqué ou par l'alcool, ou par le mercure, les facteurs de la polynévrite peuvent être multiples. Il est difficile de savoir la part qui revient à chacun d'eux.

Le professeur Raymond termine ainsi une de ses cliniques: « L'ensemble des faits que je viens de passer en revue a dû vous laisser cette conviction qu'il n'est pas vraisemblable que les accidents présentés par notre malade soient la conséquence exclusive d'une intoxication mercurielle ou de l'infection syphilitique. En ce qui me concerne, j'incline à croire que les deux sont intervenues pour une certaine part conjointement avec d'autres influences pathogènes. Il y a dans ce concours d'influences débilitantes, infectieuses et toxiques de quoi expliquer le développement d'une polynévrite. »

Cependant, dans certains cas à étiologie complexe, on peut arriver à avoir des présomptions en faveur de la nature de l'un ou l'autre des facteurs étiologiques. Ainsi, dans l'observation de MM. Bonnet et Laurent, le malade était à la fois alcoolique et syphilitique. Les auteurs concluent en faveur de la nature syphilitique de la polynévrite, et ceci parce que le malade n'a pas pris d'alcool depuis trois mois quand apparaît la polynévrite et que la suppression de l'alcool ne fait pas disparaître les accidents. Au contraire, ils ne font que

progresser. De plus le traitement mercuriel s'est montré très efficace.

Si la syphilis est seule en cause, peut-elle créer le syndrome? « Ce groupe d'accidents, dit Fournier, n'est admis que par induction et par analogie, le contrôle anatomique lui faisant défaut. »

En définitive, on pourrait le mieux définir la polynévrite syphilitique: « Une polynévrite survenant chez un sujet atteint sûrement de syphilis, ne présentant aucun accident d'hydrargyrisme, n'ayant été exposé à aucune autre infection ou intoxication capables de la causer et chez lequel le traitement anti-syphilitique n'aggrave pas les lésions ou, à plus forte raison, les améliore ou les fait disparaître. »

On se trouve donc obligé d'admettre que la polynévrite syphilitique est vraisemblable, et aussi très probable. On ne pourra sans doute la considérer comme certaine que lorsqu'on aura surpris au sein des lésions l'agent de la syphilis, ou reproduit ces lésions avec le micro-organisme ou ses toxines.

Il en a été longtemps ainsi de maints accidents syphilitiques et, pour ne prendre qu'un exemple, la polynévrite est aussi légitime que la néphrite syphilitique. D'ailleurs si on a pu reproduire expérimentalement des névrites tuberculeuses, diphtériques, par des injections de toxines, pour beaucoup d'autres, d'origine infectieuse, toxique ou dyscrasique, on n'a pu établir la relation de cause à effet.

1 CHAPITRE IV

L'OBJECTION MERCURIELLE

Nous avons vu des cas dans lesquels l'administration du mercure précéda l'apparition ou bien l'aggravation de la polynévrite. Beaucoup d'auteurs en ont conclu qu'un grand nombre de soi-disant polynévrites syphilitiques n'étaient que des polynévrites mercurielles apparaissant chez des syphilitiques. Il en est même qui sont allés plus loin et qui se sont demandé s'il n'en était pas toujours ainsi dans tous les cas. Cette généralisation nous paraît abusive. On ne saurait, en effet, avec M. Cestan, écarter systématiquement les polynévrites chez des sujets ayant subi un traitement mercuriel.

Si le mercure à doses thérapeutiques produisait avec une certaine fréquence des névrites analogues à celles dont nous parlons ici, on serait évidemment autorisé à lui incriminer plusieurs des cas en question. Mais les polynévrites mercurielles sont encore bien plus rares que les polynévrites syphilitiques.

Etant donné la générosité avec laquelle on administre ce médicament, on aurait dû voir se multiplier les cas de névrites mercurielles. Il n'en a rien été.

Sur 8 000 syphilitiques traités par le mercure Lewin n'observa que deux cas considérés par lui comme étant des polynévrites, et encore sont-ils discutables.

Letulle se montre affirmatif et, d'après lui, le mercure est capable de produire à lui seul ces lésions à l'état aigu ou suraigu. Cependant Brauer apporte des conclusions tout à fait opposées, à la suite d'expériences faites sur les animaux. Révisant ensuite les observations de Letulle, il considère que pas une n'est concluante. Pour cet auteur, si l'intoxication est suraiguë, les lésions rénales et hépatiques expliquent ces polynévrites. Si l'intoxication est subaiguë, il y a des lésions des cellules antérieures de la moelle sans polynévrite.

Voyons le mémoire de Spillmann et Etienne. Sur six observations de polynévrites mercurielles réunies par ces auteurs, une d'entre elles semble être une névrite alcoolique. Sur les cinq autres, quatre montrent dans les antécédents une syphilis récente, ce qui permet de se demander si ce ne sont pas des polynévrites syphilitiques. Et quand les deux facteurs sont en présence, n'est-il pas plus logique d'incriminer la syphilis que le mercure. D'ailleurs l'hydrargyrisme professionnel ne crée jamais ce syndrome clinique.

Nous avons dit, dans un chapitre précédent, que l'échec du traitement mercuriel n'élimine pas forcément la nature syphilitique de la polynévrite, mais était plutôt un argument contre. Il faut tenir compte dans cette question de la manière et des doses employées. Il est probable qu'un certain nombre des cas attribués au mercure doivent être considérés comme des névrites syphilitiques insuffisamment traitées. « Cette hypothèse

est légitimée, disent MM. Bonnet et Laurent, par des faits tels que ceux de Fordyce et Steinert, où la maladie continua à s'aggraver pendant les premiers temps du traitement. Si le mercure avait alors été supprimé, on en aurait fait des névrites mercurielles. »

D'autre part on sait que, dans la syphilis nerveuse surtout, le traitement le plus énergique reste parfois sans effet. Il est des méningites syphilitiques qui continuent à évoluer et à s'aggraver malgré tout le mercure que l'on peut donner, et personne ne songe à les qualifier de mercurielles.

De la même façon que s'est posée l'objection de la polynévrite mercurielle, peut-être se posera aussi l'objection de la polynévrite arsenicale.

Le novarsénobenzol en particulier est de plus en plus employé dans le traitement des accidents primitifs. — Est-il capable de créer des polynévrites analogues aux polynévrites syphilitiques?

Nous trouvons une thèse de Chavériat intitulée : — « Les Polynévrites Novarsénobenzoliques » — dans laquelle il est cité deux cas de polynévrites consécutives à l'injection de novarsénobenzol : « Ces accidents, dit-il, sont rares et mal connus. » Dans l'une des deux observations, la syphilis est non douteuse, mais l'auteur élimine ce facteur en tenant compte que les polynévrites syphilitiques se rapportent toujours à des syphilis graves, que leur durée est plus longue et qu'enfin elles réclament un traitement spécifique que n'ont pas reçu les malades en question.

Dans les deux cas, les malades avaient reçu plusieurs injections de novarsénobenzol, quand apparurent les

troubles de parésie, et ceux-ci s'aggravèrent quand, dans le but d'arrêter ces troubles nerveux, on fit une nouvelle injection.

Dans l'état actuel de la question, il nous semble difficile de tirer une conclusion de ces faits.

.

CHAPITRE V

ETIOLOGIE

On peut considérer la polynévrite syphilitique comme exceptionnelle si on la compare aux polynévrites d'autres causes, à l'extrême fréquence des autres complications nerveuses de la syphilis et plus particulièrement à la fréquence relative des névrites syphilitiques, dont quelques-unes sont relatées comme étant des cas de polynévrites.

Cette rareté rend tout pourcentage impossible. Elle peut affecter indifféremment l'un ou l'autre sexe. Elle est plus fréquente chez l'adulte et chez l'homme. On peut dire, toutes réserves gardées, que la polynévrite syphilitique, rare avant vingt ans et après cinquante, est le plus fréquente entre vingt et trente ans.

Le mode habituel d'activité musculaire n'a aucune influence localisatrice et il n'y a guère qu'une observation de Leyden où la localisation paralytique semble avoir été motivée. Il s'agit d'un jeune homme « floris-

sant », exerçant ses muscles avec des haltères, qui fut atteint d'une polynévrite des deux bras.

Le siège et la gravité du chancre initial n'ont aucune importance. Le plus souvent il s'agit de chancres génitaux, souvent d'ailleurs l'accident initial passe inaperçu. Il n'y a de même aucun rapport de localisation entre les lésions nerveuses et les lésions cutanées antérieures ou contemporaines.

Presque tous les malades ont été traités et la polynévrite n'est ni plus ni moins grave que chez les non traités.

Pour ce qui est des rapports de la polynévrite et de la gravité de la syphilis, ils sont variables. Si dans quelques cas on trouve une syphilis moyenne, conformément à l'axiome ancien qui veut que les syphilis bénignes se compliquent le plus souvent d'accidents nerveux; dans beaucoup d'autres cas, on trouve une syphilis grave. En tout cas, il semble que la syphilis doive être infectieuse. De fait, la polynévrite apparaît le plus souvent dans les six premiers mois de la maladie et rarement après trois ans.

Les observations manquant, il est difficile de se prononcer sur l'existence de la polynévrite syphilitique dans l'hérédo-syphilis.

En résumé, il est difficile de fixer les causes qui déterminent l'apparition d'une polynévrite syphilitique. Aucune circonstance n'a été relevée comme pouvant être susceptible d'en motiver le développement.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE

Quand de toutes les observations on cherche à dégager une symptomatologie générale, on s'aperçoit que, loin d'être univoque, elle est très variable.

Cependant ces polynévrites ont des caractères généraux qui peuvent être résumés de la façon suivante:

Apparition au cours de la première année de l'infection syphilitique, soit pendant la période secondaire, soit même plus tôt, c'est-à-dire tout de suite après le chancre. Rare après la troisième année, la polynévrite a été citée comme pouvant apparaître au cours de la période tertiaire. Nous avons vu que ces cas étaient très discutés.

Souvent, mais non toujours, il y a concomitance avec d'autres accidents cutané-muqueux, parfois viscéraux. On fait remarquer aussi qu'elle frappe plus souvent les membres supérieurs que les membres inférieurs, et les muscles des extrémités de préférence aux autres.

La polynévrite peut revêtir plusieurs aspects cliniques. A ce point de vue, de nombreuses classifications

ont été proposées. Celle de Cestan groupe toutes les observations sous trois chefs: sensitivo-motrice, motrice, pseudo-tabétique. On pourrait y ajouter les formes sensitives et trophiques.

Nous étudierons rapidement ces diverses formes.

I. FORME SENSITIVO-MOTRICE OU MIXTE. — C'est la forme de beaucoup la plus fréquente; on peut même dire qu'il n'y a pas à proprement parler des formes exclusivement motrices, sensitives ou trophiques.

On étudie sous le nom de formes mixtes les polynévrites dans lesquelles les troubles de divers ordres sont associés, sinon à un degré égal, du moins sans prééminence marquée de certains.

Le type de ces observations est celle de Spillmann et Etienne. Le début de la polynévrite est très variable. Le plus généralement cependant, ce sont les troubles sensitifs qui apparaissent d'abord: sensations d'engourdissement, fourmillements, picotements, ou bien troubles sensitifs plus marqués: douleurs vraies — parfois nocturnes — très vives. Dans la majorité des cas, ces symptômes marquent vraiment le début de la polynévrite et leur nature n'a pas, en général, de rapport avec l'évolution ultérieure de la maladie.

Le début par troubles moteurs est beaucoup plus rare. Tantôt c'est un affaiblissement progressif, tantôt une perte des forces, tantôt l'installation rapide d'une paralysie (cas de Demanche et Ménard).

Le début par amyotrophie isolée n'est pas observé, mais le plus souvent, comme nous l'avons déjà dit, les troubles moteurs et sensitifs apparaissent en même

temps avec prédominance habituelle des troubles sensitifs. L'amyotrophie, inconstante, est en général plus tardive.

Cette polynévrite, nous l'avons vu, peut se manifester isolément ou bien apparaître en même temps que d'autres accidents spécifiques ou coïncider avec l'efflorescence de la période secondaire. Dans certains cas on voit aussi des troubles généraux : fièvre, délire, faiblesse, courbature.

Le début est le plus souvent lent et progressif ; les troubles sensitifs et moteurs s'affirment et s'aggravent et la polynévrite se constitue définitivement.

Période d'état. — Troubles moteurs. — On a cité dans quelques cas des paralysies étendues et diffuses, atteignant la face et les membres, quelquefois la musculature extrinsèque de l'œil, les muscles respiratoires. Dans la règle, la polynévrite se cantonne aux membres. Elle peut affecter le type quadriplégique, paraplégique ou monoplégique. Quant au degré de la paralysie, elle varie de la simple parésie à la paralysie la plus absolue.

Caractères de la paralysie. — Ces paralysies sont des paralysies flasques avec diminution ou abolition des réflexes tendineux ; le plus souvent elles sont extensives frappant d'abord les extrémités, où elles demeurent plus marquées et où elles se localisent parfois. De là elles s'étendent au membre tout entier. Souvent la paralysie prédomine dans le territoire de certains nerfs. Sauf rares exceptions, pendant que la première paralysie évolue ou régresse, les localisations secondaires apparaissent et ainsi, par localisations successives, la polynévrite s'installe et s'étend.

Troubles sensitifs. — Ce sont surtout des troubles de la sensibilité subjective: engourdissements, fourmillements, douleurs plus ou moins intenses affectant parfois le type nocturne. Quelquefois on observe des troubles de la sensibilité objective: hypoesthésie, anesthésie, se superposant aux troubles moteurs.

Troubles trophiques. — Ils sont très fréquents et consistent essentiellement en amyotrophies parfois précoces, généralement tardives. Rarement on a signalé l'apparition de phlyctènes.

Troubles électriques. — Ils sont habituels, comme dans toutes les polynévrites et peuvent affecter toutes les modalités de la R. D.

Troubles psychiques. — Rares. Cependant dans l'observation de Demanche et Ménard le malade atteint de polynévrite généralisée présentait de l'agitation verbale nocturne avec obnubilation et perte de la mémoire des faits récents.

Evolution. — Le plus souvent la polynévrite évolue lentement. Longtemps elle reste stationnaire, puis les accidents régressent et les troubles moteurs disparaissent assez complètement pour permettre le fonctionnement des muscles atteints.

II. FORMES MOTRICES. — Ce sont celles où les troubles moteurs sont très marqués et les troubles sensitifs réduits au minimum. De plus, elles ont comme caractéristiques leur procédé d'apparition et la gravité des troubles généraux. Nous citerons comme type de cette forme l'observation de Demanche et Ménard. Les troubles moteurs ont les mêmes caractères que ceux déjà

étudiés, mais ils sont diffus. La paralysie envahit la face, les membres inférieurs, les membres supérieurs et finalement les pneumogastriques, ce qui eut pour conséquence une broncho-pneumonie mortelle.

Les troubles sensitifs, trophiques ou électriques sont minimes ou nuls.

III. FORMES SENSITIVES. — Extrêmement rares. Elles se présentent en somme comme l'exagération et la systématisation des troubles sensitifs subjectifs ou objectifs si fréquemment observés au cours de la syphilis secondaire.

IV. FORMES TROPHIQUES. — On attribue cette dénomination aux polynévrites dans lesquelles les troubles trophiques sont assez graves pour dominer la scène. Les observations de cette sorte sont très rares. Le cas de Sorrentino est assez typique. Les troubles sensitifs étaient localisés aux membres supérieurs et surtout aux mains; pas de troubles moteurs, mais apparition aux doigts et aux orteils de troubles trophiques avec nécroses partielles, déformations et mutilations multiples consécutives.

V. FORME PSEUDO-TABÉTIQUE. — Se présente avec une certaine fréquence. Le type de cette forme est l'observation de M. Bouchut. Le signe de Westphall est positif et le Romberg n'existe pour ainsi dire pas, puisque la station debout est possible.

En résumé, s'il a été possible de classer les polynévrites sous diverses étiquettes, il n'en reste pas moins vrai que le seul point saillant de la polynévrite syphi-

litique est de n'affecter aucun type habituel. Rien de spécial qui puisse servir d'élément différentiel entre ces polynévrites et celles de n'importe quelle provenance.

CHAPITRE VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les autopsies et partant les examens histologiques étant réduits à un ou deux, l'anatomie pathologique de la polynévrite syphilitique est très mal établie. Nous trouvons en effet un examen histologique se rapportant au cas de Brauer. Il est peu détaillé et note seulement des lésions de polynévrite banale avec état vacuolaire des cellules des cornes antérieures. Dans le cas de Wandel, l'autopsie permet cependant de constater dans les nerfs une forte dégénérescence au Marchi. Dans le cas déjà ancien de Déjerine, il existe une description histologique détaillée; à vrai dire, il fut publié comme exemple d'amyotrophie spinale. Mais Steinert fait observer que les lésions spinales étaient peut-être bien secondaires; de fait il y avait des lésions névritiques graves.

Taylor et Sorrentino, procédant par induction en l'absence de documents histologiques, pensent qu'il s'agit d'une inflammation avec hyperplasie des éléments conjonctifs de l'enveloppe des nerfs, d'où il résulte une

compression des filets nerveux (Taylor); d'une inflammation très lente à l'intérieur des éléments fibreux et dans les gaines des nerfs (Sorrentino). Ce serait donc des névrites interstitielles et il n'y aurait entre ces cas et certains rapportés de gommés des nerfs qu'une question de degré (Baumgarten).

La plupart des auteurs adoptent cette opinion basée sur l'affinité bien connue de la syphilis pour les tissus conjonctifs et vasculaires en général, et sur les lésions bien connues des névrites syphilitiques, dont la description par Kahler est classique.

Dans un cas publié par Barrier et Colombe, il est cité un examen du liquide céphalo-rachidien: forte quantité d'albumine et peu d'éléments cellulaires.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

L'évolution et le pronostic de la polynévrite syphilitique sont sensiblement les mêmes que ceux des polynévrites en général. Dans l'ensemble elle apparaît comme relativement bénigne, mais elle ne semble emprunter à sa nature étiologique aucun facteur particulier de bénignité ou de malignité.

La mort en est exceptionnellement l'aboutissant. Elle est alors accidentellement causée par une infection secondaire résultant de l'extension de la paralysie aux nerfs bulbaires (cas de Demanche et Ménard, de Wandel).

La guérison est donc la règle. Elle ne se fait pas toujours rapidement. Souvent et pendant de longs mois l'affection reste stationnaire pour aller s'atténuant ensuite très lentement.

Dans la plupart des cas les accidents premiers apparus disparaissent les premiers.

CHAPITRE IX

PATHOGÉNIE

Tous les auteurs semblent admettre que la polynévrite syphilitique est d'origine toxique. Le spirochète agirait sur les troncs nerveux plutôt par ses toxines que par sa présence même.

Mais les faits expérimentaux manquant totalement, on doit s'en tenir au vraisemblable, tout comme ce qui est de l'existence même de la polynévrite syphilitique.

Ce qui semble donner le plus de vraisemblance à cette opinion c'est le rapprochement de la polynévrite syphilitique avec les accidents si fréquents de la période secondaire: — troubles de la sensibilité objective et subjective, troubles trophiques même — bien étudiés par Unna, Fournier, et qui sont évidemment d'ordre toxique de par leurs caractères de fugacité et de variabilité. D'après ces auteurs, ces accidents seraient, à un degré beaucoup moindre, ce que sont beaucoup plus graves les névrites et polynévrites.

CHAPITRE X

DIAGNOSTIC

1^o Diagnostic positif et différentiel. — Le diagnostic de la polynévrite en tant que polynévrite est celui des polynévrites en général. Il se fera avec le mode d'apparition, d'extension, d'évolution, la présence de troubles trophiques précoces, association des troubles moteurs, trophiques et sensitifs; intégrité des sphincters, abolition ou diminution des réflexes.

Le diagnostic différentiel se fera surtout avec deux lésions médullaires de nature syphilitique: la syphilis tigrée de la moelle et la myélite syphilitique aiguë.

Dans la majorité des cas le diagnostic peut être posé sans trop de difficulté, si l'on tient compte du tableau clinique bien distinct que présentent ces diverses affections dans leurs cas types.

La syphilis tigrée de la moelle se caractérise par: des douleurs généralisées apparaissant brusquement, des paralysies précoces disséminées sans ordre et des lésions bulbaires et encéphaliques, l'état général grave et l'évolution rapide.

La myélite aiguë d'origine syphilitique a comme signes: rachialgie bientôt suivie par l'apparition d'une

paraplégie spasmodique avec troubles des sphincters.

2^o Diagnostic étiologique. — Ce diagnostic est plus important et plus difficile. Nous avons déjà dit dans notre chapitre sur l'existence de la polynévrite sur quels arguments la vraisemblance de ce syndrome était établie.

La polynévrite syphilitique n'a pas de caractères pathognomoniques et nous l'avons définie de la manière suivante: polynévrite apparaissant chez un syphilitique avéré, en période secondaire, surtout s'il existe des accidents spécifiques, ou mieux s'il y a coexistence de ces accidents, et n'ayant dans ses antécédents aucune cause toxique ou infectieuse capable de la provoquer. Nous avons fait aussi entrer en ligne de compte l'action du traitement. Les opinions sur ce sujet se montrent très diverses et souvent contraires et ceci parce que l'action du traitement est très variable.

Le mercure s'est montré efficace souvent, d'autres fois son effet fut nul ou bien les symptômes s'aggravèrent. Les cas heureusement traités (Fordyce, Spillmann, Bonnet) démontrent d'une manière frappante la nature syphilitique de la polynévrite.

Dans le cas de M. Bouchut, le malade fut rapidement guéri par le novarsenobenzol. S'il existait d'autres cas analogues, peut-être serait-il possible de considérer l'action du traitement par les sels arsenicaux comme péremptoire.

Dans ce cas, d'ailleurs, que nous considérons comme le plus typique, la nature syphilitique de la polynévrite découle et de l'action du traitement et de la présence dans les antécédents de la syphilis seule.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT

Toutes les fois que le diagnostic de polynévrite syphilitique semble être fondé il faut instituer le traitement spécifique. Il sera d'emblée très énergique.

Pendant longtemps le mercure a été employé seul. Nous avons vu que bon nombre de ces polynévrites ont été guéries complètement ou bien seulement améliorées. Cependant un certain nombre d'autres considérées comme spécifiques ont résisté au traitement mercuriel ou même se sont aggravées.

Il ne faut pas croire trop vite à l'inutilité ou à la nocivité du mercure. Parfois celui-ci n'agit qu'à la longue et, d'autre part, il semble qu'il ne faut pas trop se préoccuper de la polynévrite mercurielle thérapeutique.

Le mercure a été employé sous diverses formes et de différentes façons: frictions, pilules, injections intramusculaires.

Dans certains cas on a fait le traitement mixte.

L'efficacité des sels arsenicaux reste à établir. Nous

n'avons pour la démontrer qu'un seul cas heureux. Dans l'observation de M. Bouchut la guérison fut rapide et complète après une série d'injections intraveineuses de novarsenobenzol aux doses croissantes de 0 gr. 15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.90, 1.05, 1.20:

Quelques polynévrites ont guéri spontanément.

Il ne faudra pas négliger le traitement symptomatique, qui trouve son application dans toute polynévrite: on mettra le malade au repos et on emploiera les sédatifs, les toniques nerveux, l'électricité, le massage.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis peut quelquefois créer des polynévrites identiques à celles observées dans les diverses infections ou intoxications générales. Il existe peu d'observations de cette complication, et encore parmi elles beaucoup sont à rejeter. Cependant il en reste un petit nombre que nous considérons comme démonstratives et semblent bien prouver l'existence de la polynévrite syphilitique.

II. — Ce syndrome — complication rare d'une affection très fréquente — apparaît le plus souvent à une époque jeune de la maladie, mais cependant il peut se constituer après plusieurs années. La polynévrite coïncide le plus souvent avec d'autres manifestations syphilitiques.

Il n'y a pas de causes prédisposantes connues pouvant occasionner son apparition.

Son pronostic est bénin.

III. — Le traitement par le novarsénobenzol s'est montré très efficace dans le seul cas où il a été employé.

Le traitement mercuriel a plusieurs fois amené une guérison totale; d'autres fois il n'a produit qu'une amé-

lioration et même a été suivi d'aggravations des symptômes.

Ces faits ont été diversement interprétés. Nous pensons qu'il ne faut pas se hâter d'incriminer le mercure, car dans bien des cas on n'avait à faire qu'à des névrites syphilitiques ou bien à des polynévrites mal soignées ou particulièrement rebelles.

Il est aussi de ces polynévrites qui ont guéri spontanément.

Il semblerait donc que cette polynévrite, certainement rare, l'est peut-être moins qu'on pourrait le croire. Sa fréquence s'en exagérera quand elle sera plus connue.

IV. — Le traitement sera d'emblée énergique. Si la guérison est la règle, il vaudra mieux ne pas affirmer trop vite que le malade va guérir rapidement.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
D. PIC.

Vu :

Pour le Doyen,
L'ASSESEUR,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon le 6 décembre 1920.

Pour le Recteur et par dérogation :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
ALBERT WADDINGTON

BIBLIOGRAPHIE

- BABINSKI. — In *Traité de médecine* de Bouchard, Charcot et Brissaud, T. VI.
- BERDAL. — *Traité pratique de la syphilis*, Paris 1898; T. I.
- BARRÉ et COLOMBE. — Polynévrite probablement syphilitique, *Revue neur.*, Paris 1913.
- BAUMEL. — Polynévrite à forme quadraplégique, avec pers. du réflexe rotulien, *Montpellier Médical*, 1913.
- BONNET et GOUJAT. — La Méningite syphilitique, *Lyon Médical*, 1910.
- BONNET et LAURENT. — La polynévrite syphilitique, *Annales de Derm. et Syph.*, 1910.
- BOUCHUT et DE LAMBERT. — *Presse Médicale*, 1919, N° 32.
- CHARCOT. — Formes cliniques des polynévrites périphériques, *Bull. Méd.* 1892, N° 102.
- CHAVERIAT. — Les polynévrites novarsénobenzoliques, *Thèse de Lyon*, 1919.
- CESTAN. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, T. XMI, 1900.
- CESTAN-VERGER. — Système nerveux, *Précis de Pathologie int.*, T. IV, 1920.
- DÉJÉRINE. — Les polynévrites, *Revue génér. de clinique et thérapeutique*, Paris 1914, T. XXVIII.
- KAYSER (DE). — La polynévrite syphilitique tertiaire, *Journal Méd. de Bruxelles*, 1901.
- DEMANCHE (R.) et MÉNARD (P.-J.), — La polynévrite syphilitique existe-t-elle?, *Presse Médicale*, 1911, N° 19.
- DOTTO. — La polynévrite mercurielle, *Il Pisani*, 1896.
- DUVAL. — *Gazette Médicale de Lyon*, 1859.
- FORDYCE. — *Journ. of. and gén. urin. Diseases*, 1891, p. 174.

- FORESTIER. — La polynévrite mercurielle, *Médecine Moderne*, 1890, p. 425.
- FOURNIER (A.). — *Traité de la syphilis*, T. I.
- FRENEL. — Contribution à l'étude des névrites des syphilitiques, *Thèse de Paris*, 1901.
- FRUGONI. — De la polynévrite syphilitique, *Riforma medica*, 1909, N° 1.
- GAUCHER. — *La syphilis du système nerveux*.
- GILLES DE LA TOURETTE. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1893.
- GROSS. — *Annales de Derm. et Syph.*, 1896.
- KAHLER. — *Prager Zeit.*, 1886.
- LAMY, ENNIQUEZ, BERGÉ, LAFFITE. — *Traité de médecine*, 1900.
- LAURENS. — Contribution à l'étude des polynévrites des syph., Thèse Toulouse, 1903.
- LEFEBVRE. — Contribution à l'étude des polynévrites. Thèse de Paris, 1911.
- LEREDDE. — *Traitement prophyl. de la syph.*, 1920.
- LETULLE. — Acc. nerv. d'orig. mercu., *Gaz. hebdom. de Méd.*, Paris 1887.
- MARIE (P.). — Les polynévrites, *Rev. gén. de clinique et thérap.* Paris, 1918.
- MAURIAC. — *Rev. gén. de clin. et thérap.*, 1889.
- MÉNARD (P. J.). — La polynévrite syphilitique, *Gaz. des hôpitaux*, 1911.
- MÉNÉTRÉL. — Contribution à l'étude des név. et poly. à la période secondaire. Thèse de Paris, 1898.
- PERRIN. — Des polynévrites, Thèse de Nancy, 1898.
- RAYMOND. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, Paris, 1900.
- *Revue gén. de clin. et thérap.*, Paris, 1909.
- RODET. — *Gazette Médicale de Lyon*, 1859.
- SPILLMANN et ETIENNE. — Société de Derm. et Syph., 1896.
- SORRENTINO. — *La riforma medica*, 1892.
- STEINERT. — *Münch. Med. Woch.*, 1909.
- TAYLOR. — *Treat. genito-urin. and venear. Diseases*, 1905.
- WANDEL. — *Münch. Med. Woch.*, 1910.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	9
CHAPITRE II. — Observations.....	13
CHAPITRE III. — Existence de la polynévrite syphilitique....	19
CHAPITRE IV. — L'objection mercurielle.....	25
CHAPITRE V. — Etiologie.....	29
CHAPITRE VI. — Symptomatologie.....	31
CHAPITRE VII. — Anatomie pathologique.....	37
CHAPITRE VIII. — Pronostic.....	39
CHAPITRE IX. — Pathogénie.....	41
CHAPITRE X. — Diagnostic.....	43
CHAPITRE XI. — Traitement.....	45
CONCLUSIONS	47
BIBLIOGRAPHIE	49

IMPRIMERIE EXPRESS
46, RUE DE LA CHARITÉ
- - LYON - -

